

**LUCÍOLA CELESTINO RIBEIRO FERRARI**

**AVALIAÇÃO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO – UFSC COMO INSTRUMENTO DA  
HUMANIZAÇÃO DO PARTO.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2005**

**LUCÍOLA CELESTINO RIBEIRO FERRARI**

**AVALIAÇÃO DA MATERNIDADE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO – UFSC COMO INSTRUMENTO DA  
HUMANIZAÇÃO DO PARTO.**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, para conclusão  
do Curso de Graduação em Medicina.**

**Coordenador do Curso de Medicina: Dr. Maurício José Lopes Pereima  
Orientador: Prof. Dr. Ricardo Nascimento  
Co-orientador: Dr. Paulo Fontoura Freitas**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2005**

Ferrari, Lucíola Celestino Ribeiro.

Avaliação da maternidade do Hospital Universitário – UFSC como instrumento da humanização do parto /.Lucíola Celestino Ribeiro Ferrari - Florianópolis, 2005.

37p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de Graduação em Ciências Médicas.

1. Humanização 2. Parto Humanizado 3. Parto Normal I. Título

## DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso ao meu pai, **Antônio do Carmo Ribeiro**, e à minha mãe, **Aclair Andrioli Celestino**, por sempre acreditarem em meu potencial. Investindo sem descanso em meu futuro, desde que existi. Também ao meu pequeno **Murilo**, que um dia será grande como o papai; e ao meu marido **Fabio Ferrari**, companheiro e amado, para sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus primeiramente que me deu perseverança e força para seguir.

Ao Prof. Dr. Ricardo Nascimento por sua orientação e apoio, ao Dr. Paulo Fontoura Freitas pelo seu tempo e colaboração em co-orientar este trabalho.

Ao colega Thiago Sakae pelo seu auxílio e aos funcionários do serviço de prontuários do HU da UFSC.

À minha família que me apoiou; principalmente Aclair Andrioli Celestino (minha mãe), Rosemari Ferrari (minha sogra) e Nera Andrioli Celestino e Ananias Mateus Celestino (meus avós) que estiveram ao meu lado quando mais precisei.

Agradeço finalmente ao meu marido, Fabio Ferrari, por sua colaboração neste trabalho e compreensão acima de tudo, para que esta tarefa pudesse ser cumprida; sem esquecer-me de meu filho, Murilo Ferrari, que mesmo não entendendo ainda, abriu mão de seu tempo comigo, tempo que jamais retornará.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	vi
SUMMARY.....	vii
1. INTRODUÇÃO.....	1
2. OBJETIVO.....	8
3. MÉTODO.....	9
4. RESULTADOS.....	12
5. DISCUSSÃO.....	18
6. CONCLUSÃO.....	24
7. NORMAS ADOTADAS.....	25
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
9. ANEXOS.....	28

## RESUMO

Através da história, a mulher tem perdido o direito sobre seu parto, a fim de alcançar maior segurança, parindo seus filhos em hospitais. Entretanto, há um preço caro a pagar: muitos procedimentos desnecessários. A episiotomia de rotina é um bom exemplo disso. O parto humanizado coloca a mulher no centro e no controle. Medicalização e maternidades com alta tecnologia geralmente desumanizam o parto. Este estudo intenta verificar se ações para humanizar o atendimento ao parto estão sendo usadas pela Maternidade do Hospital Universitário – UFSC, com pelo menos 95% de prevalência e significância estatística para atingir cada um dos itens da humanização do parto. Para isso, aplicamos um questionário a 80 mulheres que tiveram seu parto vaginal na Maternidade do HU entre 12 de abril e 10 de maio de 2005. Observamos que, algumas ações têm sido alcançadas com 100% de sucesso, como por exemplo: respeito com a parturiente, monitoração física e emocional da mãe, monitoramento do feto por sonar e respeito com a privacidade da parturiente nos exames de admissão e durante o parto; porém, outras ações estão claramente sendo deixadas de lado, como, por exemplo, deixar de dizer a mulher que você vai fazer um corte na vagina dela e nem ao menos questioná-la sobre o que ela acha disso. Também notamos que: seria melhor se tivéssemos uma maior amostra de entrevistas, poderíamos estabelecer melhores parâmetros para verificar se as ações humanizadoras estão sendo cumpridas.

## SUMARY

Through out the history, the woman has lost the right over her childbirth, to get more security, having her babies at the hospitals. However, there was an expensive price to pay for: too much procedures unnecessarily, routine episiotomy is one good example of it. Humanized birth puts the woman in the center and in control. Medicalized and high tech maternity care usually dehumanizes. This study intents to verify if actions to humanize delivery care is been used for the University Hospital Maternity - UFSC to at least 95% of prevalence with statistic significance at the achievement of each one of the items for the humanized birth. For that, we used a questionnaire with 80 women that had their vaginal delivery at UH Maternity since April, 12<sup>th</sup> until May, 10<sup>th</sup> (2005). We found out that some of the actions is been achieved with a 100% of successes, such as: respect to the given birth women, physical and emotional mother's monitoration, sonar fetus monitoration and respect to the mother's privacy at the entrance examination and at the birth; but others actions are been clearly left away, such as, not even telling the woman that will be done a vaginal cut on her and at least ask her what she thinks of it. But we also notice that would be better if we had a bigger amount of women, so we could establish better parameters to verify if the humanized actions are been done.



# 1. INTRODUÇÃO

A dúvida sobre o que vai acontecer no dia tão esperado do nascimento do bebê, permeia todas as mentes das mães que aguardam pacientemente seu filho. Não há uma só que gestante não se interogue, com temor, sobre como será o parto. Cesareana? Parto vaginal? Se for normal, será cócoras? E quanto ao corte na vagina? Muitas vezes a questão pairava dentro do consultório de pré-natal. Percebendo a necessidade de saber mais sobre os tipos e posições de parto. O interesse pelo parto normal só aumentou e também as dúvidas quanto à posição e a realização da episiotomia.

Iniciou-se a busca pelo descobrimento do parto ideal. Colhendo informações em diversos lugares e fontes, dentre eles: centros obstétricos de maternidades com filosofias opostas, pessoas influentes e conhecedoras do assunto tanto as defensoras da episiotomia e do parto horizontal quanto as que defendiam o parto minimamente invasivo e vertical. Havia, portanto, grande diversidade de opiniões e polêmicas dentro de um único meio acadêmico.

Algumas das gestantes que optaram pelo parto menos intervencionista gostaram bastante de suas experiências. Foi quando surgiu maior interesse especificamente acerca do parto humanizado.

Segundo Santos citando Nascimento, na evolução histórica de assistência ao parto, a parturiente recebeu desde cuidados empíricos de feitiçaria até os cuidados científicos de profissionais (médicos e enfermeiras) realizados em domicílio ou em hospitais.<sup>1</sup>

A partir do século XVII, o modelo cartesiano do dualismo mente/corpo evoluiu para o corpo como uma máquina<sup>2</sup>, esta separação do corpo e da alma retirou o corpo do jugo da religião e o depositou nas mãos da ciência. O corpo masculino passou a ser visto como protótipo enquanto o corpo feminino um desvio defeituoso, anormal e perigosamente imprevisível do padrão. Sendo necessário um controle constante por parte dos homens.<sup>1</sup>

Mais do que os homens, o "masculino" entrava no mundo das mulheres, trazendo com ele as luzes da razão, na tentativa de "iluminar o obscuro" e até então impenetrável mistério do nascer. O marco inicial desta revolução poderia ser materializado no primeiro grande instrumento masculino no atendimento ao parto: o fórceps. Criado pelos irmãos Chamberlen, na Inglaterra, foi mantido escondido dos olhares de curiosos, por ser uma ferramenta tão

importante, a ponto de ser alvo da cobiça de concorrentes. A entrada desta ferramenta fállica na história determina um divisor de águas na obstetrícia. Nada mais seria como antes.<sup>3</sup>

A assistência ao parto passou por muitas transformações. Com o desenvolvimento da ciência, algo que era tão natural, deixou de ser visto assim, tanto para a gestante e sua família quanto para os profissionais de saúde.<sup>1</sup> Os homens, antes espectadores atônitos e amedrontados, tornavam-se aos poucos condutores do processo. As mulheres passavam de protagonistas a assistentes passivas, seja como auxiliares dos médicos, seja na pele das próprias parturientes. O preço que a razão cobraria para a sua entrada ficou claramente estabelecido. A partir de então não seria mais a natureza, com seus mistérios e incertezas, a conduzir o processo; a razão assumiria as rédeas. Com isso muitas vidas poderiam ser salvas, muitas mulheres deixariam de morrer; muitas crianças seriam retiradas heroicamente do seu destino cruel pelas mãos (ou instrumentos) que os homens traziam.<sup>3</sup>

Em 1902, as parteiras tiveram sua profissão oficializada, embora subordinadas aos obstetras de formação médica. De 1880 a 1920 apesar da maioria dos partos acontecerem em casa, a profissão médica foi cada vez mais adquirindo autoridade sobre o processo e o manejo do nascimento. Na década de 30, pela primeira vez, o número de partos hospitalares foi maior que os domiciliares. Nesse novo ambiente o manejo do nascimento passou a ser quase que exclusivamente de controle médico.<sup>1</sup>

Nos últimos 50 anos um rápido crescimento no uso de tecnologias cujo propósito era iniciar, aumentar, acelerar e monitorar o processo do nascimento, tudo para fazê-lo o “mais normal”. Nesse processo, a busca por meios de melhorar a assistência ao parto tem freqüentemente levado a medicalização e a adoção pouco crítica, desnecessária e perigosa de intervenções. Sem a avaliação adequada de sua efetividade e segurança, tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento.<sup>4, 5.</sup>

Segundo Jones, depois de um investimento pesado nas conquistas da ciência teríamos o dever e a necessidade de reavaliar nossas posturas, e o que em verdade conquistamos. A ninguém parece plausível que o fenômeno do nascimento seja relegado à falta de assistência, porém, o preço pago pela super mecanização parece estar cada dia mais alto.<sup>3</sup>

Entretanto, no final do século passado, cresceu um movimento internacional que apóia o cuidado médico baseado em evidência empírica de segurança e efetividade dos procedimentos médicos em todas as especialidades. É a medicina baseada em evidência (EBM). No caso da

assistência ao parto, avaliações científicas têm demonstrado que: a menor interferência compatível com a segurança é o paradigma a ser seguido para um parto normal.<sup>4</sup>

Em 1989 A OMS já trazia recomendações para assistência ao parto, que foram reeditadas em 1996. A Organização Mundial de Saúde listou algumas dessas recomendações para que parto ocorresse de forma humanizada, baseada na fisiologia do parto em seu bom andamento. (Vide anexo1.)

Dentre estas recomendações estão: direito ao acompanhante e ao respeito pela privacidade da mulher no local do parto, receber líquido por via oral, ter apoio empático dos prestadores de serviço, monitorização da mãe e do feto, liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, auxílio para alívio da dor por meios não invasivos e não farmacológicos, estímulo a posição não deitada no momento do parto, realizar contato precoce com o bebê pele a pele e estímulo à amamentação na primeira hora. Além de questões um pouco mais técnicas como: Uso do partograma, luvas para o exame vaginal, utilizar materiais descartáveis ou esterelizados se forem materiais reutilizáveis, esterelizar adequadamente o corte do cordão; ainda recomenda o exame da placenta e membranas e o uso de ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com risco para hemorragia.

Desde 1993, existe um trabalho de discussão nacional em prol da humanização do parto na internet (Rehuna), que inclui: provedores fixos, feministas, pessoas da medicina alternativa, parteiras e grupos de usuários de organizações de serviços de saúde. Esse último possui muitos fóruns de discussão, listas eletrônicas, sites e *blogs*, incluindo um muito ativo “Amigas do Parto”. Feministas brasileiras têm feito parte do Rehuna desde a fundação, defendendo a visão de uma “maternidade voluntária, prazerosa, segura e socialmente apoiada”.<sup>5</sup>

Quando mulheres têm acesso a boa e fácil informação, elas entendem que certos procedimentos não são sempre necessários. Para conseguir o cuidado que elas desejam, estão trocando de médico durante o pré-natal com a ajuda de um meio de comunicação muito promissor: a internet,<sup>5</sup> são grupos de apoio eletrônicos e sites informativos para e pela clientela.

Haja visto que muitos dos autores de artigos, livros e teses de mestrado e doutorado citados aqui nesse trabalho também fazem grande campanha pela divulgação de temas relacionados à humanização do parto pela internet, cujos sites, possuem conteúdos bastante sérios e preciosos. Isso, para que também o público leigo venha a conhecer sobre o assunto e

tenha direito sobre o desfecho de suas histórias.<sup>5</sup> Alguns desses sites são dignos de nota. (Anexo2)

Nos últimos anos o Ministério da Saúde tem criado políticas para tornar o nascimento menos tecnocrático. O prêmio Galba Araújo é um exemplo disso, foi estabelecida em 1998 para a maternidade do hospital mais humanizado. Outro exemplo foi o programa para treinar enfermeiras obstétricas, pré-natal e parto humanizados.<sup>1</sup>

Em 2002, o Ministério da Saúde distribuiu uma versão em português do manual da Organização Mundial de Saúde para assistência ao parto vaginal por médicos e enfermeiras para todo o país.<sup>5</sup>

Mas, o termo humanização não se aplica apenas à hora do nascimento, pode ser desenvolvido em todos os âmbitos possíveis e imagináveis, tais como: educação, meio ambiente, economia, política, cultura e é claro, na área da saúde.<sup>6</sup>

Na conferência de novembro de 2000 no Ceará foi definido o termo humanização como: um processo de comunicação e cuidado entre pessoas guiando para transformação própria e um entendimento do espírito fundamental da vida e um senso de compaixão e união com:

1. o universo, o espírito e a natureza;
2. outras pessoas da família, da comunidade, do país e da sociedade global; e
3. outras pessoas no futuro, assim como com as gerações passadas.<sup>6</sup>

O momento do parto é o início da vida e afeta todo o desenvolvimento do ser humano. É por isto que a humanização do parto tem motivos tão claros para acontecer, e a aplicação desse conceito é um começo importante para a humanização da vida.<sup>6</sup>

Humanizar o parto é compreender que a mulher que dá a luz é um ser humano e não uma máquina ou um compartimento de fazer bebês. Mostrar às mulheres – metade de toda a humanidade – que são inferiores e inadequadas, tirando o seu poder de dar a luz é uma tragédia para a sociedade.<sup>7</sup>

Quando as mulheres procuram uma maternidade ou hospital para dar a luz submetem-se ao sistema daquela instituição. Perdem sua originalidade e personalidade para dar lugar a um comportamento moldado e pré-determinado. O parto humanizado coloca a mulher no centro e no controle do nascimento do seu bebê. A medicalização do parto, muda o protagonista dessa história. Médico e parturiente trocam os papéis e o médico passa a ter o controle sobre o evento.<sup>7</sup>

Trabalho de parto e nascimento são funções do sistema nervoso autônomo, portanto fora do controle da consciência. Conseqüentemente, existe em princípio duas formas de lidar com o trabalho de parto; deixar a biologia agir ou impor controle externamente usando intervenções, como uso de medicamentos e procedimentos cirúrgicos – é o parto medicalizado.<sup>7</sup>

Algumas maternidades trabalham com o chamado “Parto Humanizado”, nestes lugares preconiza-se o bem estar da mulher, mas não são todas as instituições que têm essa conduta. Por isso, algumas mulheres ficam muito insatisfeitas com o seu parto. Enquanto outras, sentem - se bem mais à vontade, tendo um parto natural, normal, tranquilo, suave, feliz e prazeroso.

Foi iniciado, por colaboração do Japão e Brasil, o “Projeto Luz” que é conhecido aqui e no exterior como o projeto de humanização do parto e nascimento. Esse projeto tem dado a muitas mulheres o sentimento de que elas tem capacidade de dar à luz. Além da confiança num parto seguro. Muitas delas têm do parto uma experiência maravilhosa levando-as a autotransformação e poder sobre sua maternidade.<sup>8</sup>

Na presente situação, nos países em desenvolvimento, há o pensamento de que o único motivo para o parto ser realizado por parteiras, ou fora do hospital, é por falta de medicina moderna. Soa de certa forma retrógrado pensar assim, porém não soa retrógrado fazer caminhadas e atividade física na atualidade, quando as pessoas poderiam usar somente os automóveis para se deslocar. Isso porque é mais saudável. Parto com a menor tecnologia e intervenção para se ter segurança é o que há de mais atual e pós-moderno.<sup>7</sup>

Tornquist (2003), diz que no sul do país, uma das experiências vista em prol da humanização bem sucedida é a Maternidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, situada em Florianópolis. Iniciou suas atividades em 24 de outubro de 1995, depois de 11 anos de trabalho organizacional o qual sofreu várias interrupções temporárias. Acumula hoje dois títulos importantes, indicados pelo Ministério da Saúde juntamente com a UNICEF de: “Hospital Amigo da Criança” e também foi considerado pelo Prêmio Galba Araújo em 2000, conferido àquelas maternidades que prestam assistência humanizada, em função de critérios tais como: estímulo à amamentação e ao vínculo precoce, incentivo ao parto normal e vertical, presença de acompanhante escolhido pela mulher para o processo do parto entre outros.<sup>9, 10.</sup>

Segundo Tornquist, nessa maternidade estão institucionalizadas várias rotinas que fazem parte do ideário de humanização: curso de preparação para o parto, direito da parturiente a um acompanhante a sua escolha(durante todo o processo de parto), opção do parto de cócoras, alojamento conjunto, estímulo de maneiras mecânicas de alívio da dor(massagens, banhos, deambulação). Em contrapartida, o uso cauteloso de indução intravenosa(ocitocina), analgesia e episiotomia de rotina, bem como a abolição da prática de enema e tricotomia.<sup>9</sup>

Existe três grandes modelos de assistência ao parto, são eles: o tecnocrático, o humanístico e o holístico. Estes modelos diferenciam-se basicamente nas suas definições de o que é o corpo, e suas relações com a mente. Dessa forma, definem a maneira de interferir e acessar a saúde.<sup>2</sup>

O modelo tecnocrático separa o corpo da mente e vê o corpo como uma máquina, enquanto o modelo humanístico vê o corpo como um organismo, onde corpo e mente estão conectados e influenciando-se mutuamente. Já o modelo holístico insiste na unidade do corpo mente e espírito, definindo o corpo como um campo de energia em constante interação com outros sistemas de energias.<sup>2</sup>

O maior valor que permeia o paradigma tecnocrático da medicina é a separação. O princípio da separação advoga que as coisas são melhor entendidas fora do seu contexto, separando os indivíduos em compartimentos, principalmente separando o corpo humano da mente humana.<sup>2</sup>

Descartes, Bacon e outros, no século XVII, estabeleceram a separação filosófica da mente e do corpo sobre o qual repousa a metáfora do corpo como uma máquina. Isso significa que a essência superior cultural do homem – sua mente, assim como a essência superior espiritual – sua alma, podem permanecer intactas enquanto o corpo, mera parte mecânica da natureza, pode ser separado, estudado e reparado.<sup>2</sup>

O modelo humanístico não demarca a total separação entre mente e corpo, como o modelo tecnocrático, nem clama pela unidade da mente e do corpo como faz o modelo holístico. Entretanto, reconhece a influência da mente sobre o corpo, advogando maneiras de tratar e acessar ambos.<sup>2</sup>

É fato que o corpo não é uma máquina e sim um organismo, pois tem propriedades que a máquina não tem, como: crescer, regenerar, cura-se, aprender e transcender. Diferente das máquinas, o organismo humano sente dor, e responde emocionalmente a interações com outros organismos, respondendo positivamente ao conforto e ao toque amoroso e

negativamente à aspereza ou à punição. Por isso são tão importantes a delicadeza, o toque e o cuidado com a mulher em trabalho de parto, assim como a permanência da mãe e do bebê juntos depois do nascimento.<sup>2</sup>

O termo holístico foi adotado por alguns dos pioneiros deste movimento para expressar a inclusão da mente, corpo, emoções, espírito e meio-ambiente da cliente no processo de cura. Neste modelo, acessar o estado psicológico da parturiente e suas emoções não é apenas útil, é essencial. Aqui, as formas de atuar são as mais variadas, indo desde acupuntura até campo magnético e terapia do toque. Credo que a raiva, e a hostilidade ou campos eletromagnéticos criados por plantas e microondas pressupõe realidade não fisiológica.<sup>2</sup>

Davis-Floyd descreve 12 diferenças entre os modelos de assistência e sugere que os médicos deveriam combinar os três paradigmas, tendo uma oportunidade única de criar o melhor sistema obstétrico jamais visto. Aplicando apropriadamente a tecnologia, combinada com os valores do humanismo e a abertura espontânea do holismo.<sup>2</sup> Vide Anexo3.

Esforços têm sido feitos para mudar o pensamento dos profissionais do parto, com o objetivo de humanizá-lo. Os resultados negativos do tecnicismo nós os vemos todos os dias: epidemia de cesarianas, mortalidade materna alta, morbidade perinatal alta, insatisfação das usuárias, custos estratosféricos.<sup>3</sup> Apesar de que, no mundo hoje, 80% das crianças ainda nascem pelas mãos das parteiras, no ocidente da atualidade, a medicalização crescente é uma realidade. Ao lado de dar somente segurança para as mulheres no momento de parir, está na hora de oferecermos também aquilo que elas antigamente tinham, e que foi retirado pela civilização contemporânea: o afeto, a parceria, a feminilidade, o calor, a alegria, o sentido de aconchego e até a segurança dos seus lares.<sup>3</sup>

Segundo Tornquist, há heterogeneidades no atendimento na maternidade do HU – UFSC. Sobretudo entre o corpo médico, dotado de maior autonomia e poder, do que entre a equipe de enfermagem, que está mais permeável às modificações do tipo humanizador.<sup>2</sup>

Portanto, a realização da presente pesquisa tem como eixo de indagação a hegemonia do atendimento durante o período de 12 de abril até 10 de maio de 2005. Tendo como base as diretrizes da OMS publicadas em 1996. Considerando que a maternidade do HU, por ocasião de sua implantação, formulou sua filosofia baseada no ensino, interdisciplinalidade, e na humanização do atendimento.(Vide anexo 4).

## **2. OBJETIVO**

Verificar o cumprimento das ações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde para o parto normal na Maternidade do Hospital Universitário em Florianópolis.



## **3. MÉTODO**

### **3.1 Delineamento**

O estudo tem delineamento transversal na coleta dos dados e consiste em um inquérito a partir de entrevistas e prontuários.

### **3.2 População e amostra**

A população alvo constituiu-se de todas as mulheres tendo parto, por via vaginal, na Maternidade do HU – UFSC. Uma amostra seqüencial de 80 mulheres, com parto vaginal, foi calculada como suficiente para medir com significância estatística uma prevalência de 95% no “cumprimento em cada um dos itens da humanização do parto”, esse valor foi estipulado através de discussão dos pesquisadores desse estudo, pois não foi encontrado valor para medir o cumprimento de metas em outros trabalhos. Tolerado um erro amostral de + ou – 2%, medida no nível de confiança de 95%.

### **3.3 Métodos na Coleta dos dados**

Formulado um questionário, (Vide anexo5), e aplicado a todas as mulheres que tiveram seus filhos na Maternidade do HU – UFSC , por via vaginal, durante sua internação ou permanência no Alojamento Conjunto, a partir de 12 de abril de 2005, até que se atingisse a meta de 80 participantes. A coleta de dados encerrou-se em 10 de maio de 2005. O pesquisador principal esteve presente pessoalmente em todas as entrevistas, colhendo as informações após a aceitação da puérpera e sua assinatura ao final do “Termo de Consentimento”(Vide anexo6). Cujo texto apresentava os objetivos da pesquisa e continha esclarecimento acerca dos riscos e benefícios, liberdade de inclusão e exclusão da pesquisa e sigilo do nome da participante.

### **3.4 Variáveis do Estudo**

Foram avaliadas as variáveis:

1. Respeito pela privacidade na admissão; (sim- ótimo e bom /não- regular, ruim e péssimo)

2. Direito á escolha de acompanhante; (sim / não)
3. Presença do acompanhante; (sim / não)
4. Recebimento de líquidos durante trabalho de parto; (sim / não)
5. Suporte emocional; (sim – ótimo e bom / não- regular, ruim e péssimo)
6. Informações à parturiente; (sim / não)
7. Liberdade de posição e movimentação; (sim / não)
8. Auxílio para controle da dor; (sim / não)
9. Monitoramento da mulher e do feto; (sim / não)
10. Realização da episiotomia; (sim / não)
11. Opinião sobre episiotomia; (sim / não)
12. Encorajada a posição não deitada; (sim / não)
13. Posição do parto; (sentada, deitada e cócoras)
14. Contato precoce com o bebê; (sim / não)
15. Amamentação na primeira hora; (sim / não)
16. Respeito com a parturiente; (sim / não)
17. Chamada pelo nome ou não; (sim- sempre / não- quase sempre raramente e nunca)
18. Privacidade no parto; (sim / não)
19. Data e hora de admissão;
20. Dilatação do colo uterino à admissão;
21. Data e hora do parto;

As mulheres ainda poderiam emitir opinião complementando as respostas se fosse de sua vontade.

Ao final do trabalho foi enviada cópia da conclusão do trabalho e pesquisa para a direção do HU que fará os devidos encaminhamentos para congratulação e melhoria do serviço se necessário.

### **3.5 Aspectos Éticos**

Foram seguidas as normas e exigências da Resolução 196/1996, incluindo o “Consentimento Informado” das puérperas que aqui são referidas com nome fictício.

### **3.6 Métodos no processamento e análise dos dados**

Os dados coletados foram digitados utilizando o programa Epidata 3.0 e analisados no programa Epiinfo 6.04. Foram descritas as proporções de mulheres, respondendo positivamente aos diferentes itens de cada uma das variáveis, representando tópicos do parto humanizado. O parâmetro de 95% de respostas positivas, estipulado como mínimo necessário para “cumprimento efetivo”, com erro tolerado de -2% (ou seja uma prevalência final tolerada de no mínimo 93%) foi utilizado como base de comparação. A comparação utilizou como referência o valor do extremo inferior do Intervalo de Confiança, calculado para todas as prevalências encontradas. O nível de confiança de 95% para o Intervalo de Confiança ( $p < 0.05$ ) foi estabelecido para testar a significância estatística dos resultados.

## 4. RESULTADOS

Tabela 1 - Variáveis do parto humanizado segundo porcentagem de cumprimento na Maternidade do HU-UFSC e intervalo de confiança. Florianópolis, 2005.

Variáveis do parto humanizado	Porcentagem	Intervalo de confiança (IC)
Privacidade na admissão	100.0%	-----
Direito a acompanhante	97.5%	91.3%-99.7%
Oferecido líquido via oral	52.0%	40.2%-63.7%
Suporte emocional	97.5%	91.2%-99.7%
Informadas quanto ao seu parto	96.3%	89.4%-99.2%
Liberdade de posição e movimentação	95.9%	88.5%-99.1%
Auxílio no controle da dor	88.6%	78.7%-94.9%
Monitoramento emocional da mãe	98.7%	93.0%-100.0%
Monitoramento físico da mãe	100.0%	-----
Monitoramento do feto	100.0%	-----
Opinião sobre episiotomia	35.3%	14.2%-61.7%
Encorajadas a posição não supina	94.8%	87.2%-98.6%
Contato precoce com RN	97.1%	90.1%-99.7%
Amamentação na primeira hora	90.0%	80.5%-95.9%
Sempre chamada pelo nome próprio	85.0%	75.3%-92.0%
Respeito com a parturiente	100.0%	-----
Privacidade no momento do parto	100.0%	-----

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

Na Maternidade do HU, a opinião das parturientes quanto ao respeito pela sua privacidade foi de 100% entre “bom” e “ótimo”. A variável direito a acompanhante teve 97.5% de cumprimento, com o limite inferior do IC = 91.3%. O oferecimento de líquido via oral para as mulheres foi de 52% e o limite inferior do IC = 40.2%. O suporte emocional foi de 97.5% entre “ótimo” e “bom” IC no limite inferior foi de 91.2%. Das parturientes 96.3% disseram que foram bem informadas sobre o seu parto, o limite inferior do IC foi de 89.4%. Foi relatado pelas gestantes que 95.9% delas tiveram liberdade de posição e movimentação durante o trabalho de parto, sendo que o IC no seu limite inferior foi de 88.5%. Quanto ao auxílio para controle da dor, 88.6% referiram que foram auxiliadas, e o IC inferior foi de 78.7%. Monitoradas emocionalmente 98.7% das parturientes com o limite inferior de IC = 93%. O monitoramento físico da mãe e o monitoramento por sonar do feto foram de 100%.

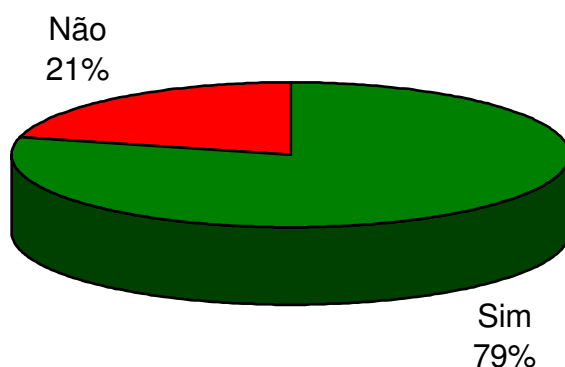
Das mulheres, as quais foi indicado episiotomia, 35.3% delas tiveram direito a opinião sendo o limite inferior do IC = 14.2%. Das parturientes, 94,8% foram encorajadas a parir em posição não supina, sendo que o limite inferior do IC foi de 87.2%. O contato precoce da mãe com o RN foi de 97.1% e o IC no limite inferior foi de 90.1%. Das mães, 90.0% foram estimuladas à amamentação na primeira hora, o limite inferior do IC foi de 80.5%. Foram chamadas sempre pelo seu nome próprio 85% das parturientes e o limite inferior do IC = 75.3%. Privacidade da parturiente no momento do parto e respeito das equipes médica e de enfermagem com a parturiente foi de 100% cada.

Tabela 2 - Presença de acompanhantes com as parturientes no Centro Obstétrico do HU. Florianópolis, 2005.

Acompanhante durante o parto	Frequência	Porcentagem
Sim	63	78.8%
Não	17	21.3%
Total	80	100.0%

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

Gráfico 1 – Presença de acompanhantes no Centro Obstétrico do HU. Florianópolis, 2005.



FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

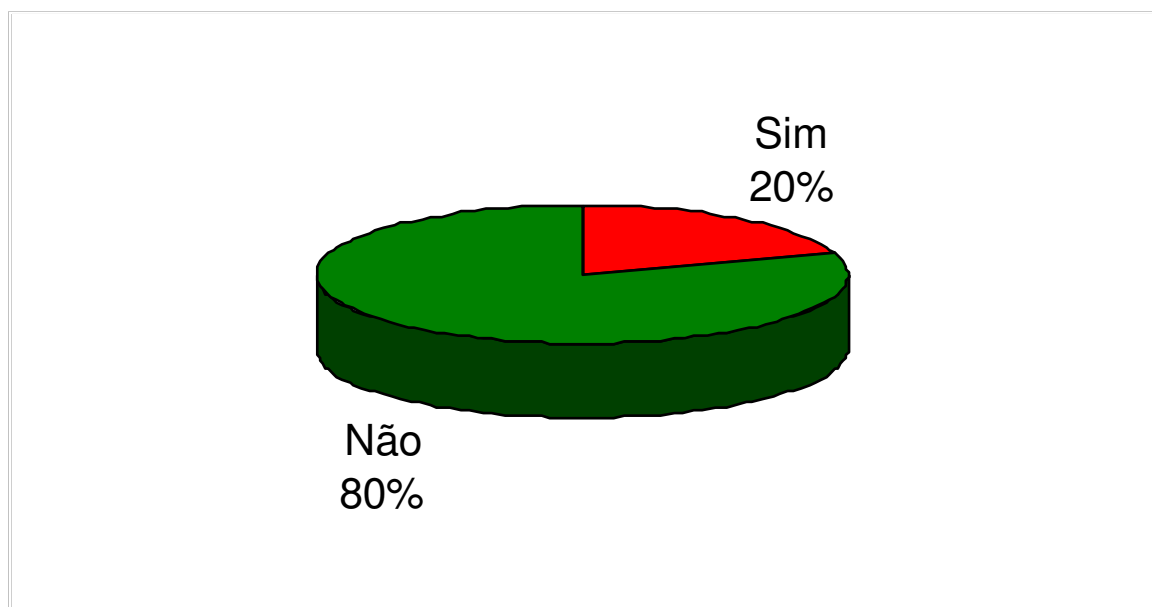
Quanto a presença de acompanhantes, 78.8% tiveram acompanhantes familiares durante o trabalho de parto e/ou parto.

Tabela 3 – Realização de episiotomia no HU. Florianópolis, 2005.

Episiotomia	Frequência	Porcentagem
Sim	16	20.0%
Não	64	80.0%
Total	80	100.0%

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

Gráfico 2 – Realização de episiotomia no HU. Florianópolis, 2005.



FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

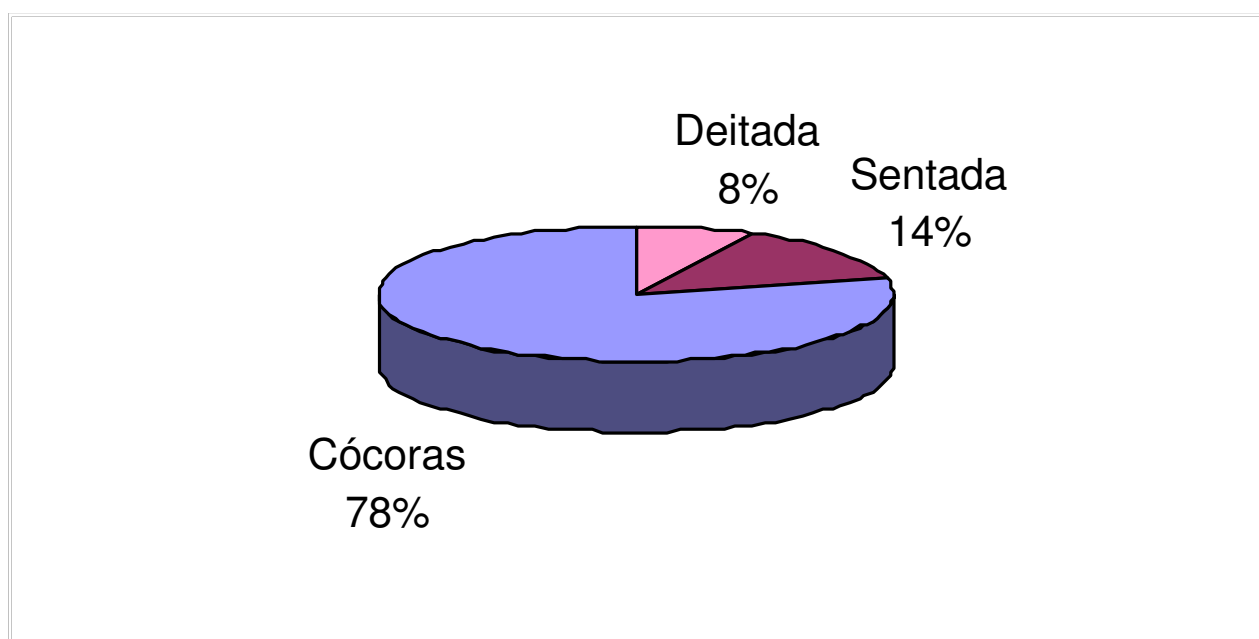
Dentre todos os partos realizados no período, presença de episiotomia foi de 20%.

Tabela 4 - Posição adotada pelas parturientes durante o período expulsivo. Florianópolis, 2005.

Posição no período expulsivo	Frequência	Porcentagem
Deitada	6	7.6%
Sentada	11	13.9%
Cócoras	62	78.5%
Total	79	100.0%

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

Gráfico 3 – Posições adotadas pelas parturientes durante o período expulsivo. Florianópolis, 2005.



FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05.

A frequência das posições adotadas pelas parturientes foi de 7.6% deitadas, 13.9% sentadas e 78.5% pariram na posição cócoras.

Tabela 5 - Recebimento de líquido vai oral pelas parturientes por tempo médio da admissão até o parto. Florianópolis, 2005.

Líquido via oral		Tempo médio	Desvio Padrão
Sim	52%	12.11	9.18
Não	48%	4.77	4.54

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05

O tempo médio de prevalência entre os que receberam líquido via oral e/ou refeição líquida foi de 12.11 horas, quase três vezes maior comparando com as que não receberam (4.77 horas). Com desvio padrão de 9.18 para as que receberam líquido e 4.54 para as que não receberam.

Tabela 6 - Recebimento de Líquido VO conforme turno de admissão referente ao grupo: até 5cm de dilatação do colo uterino. Florianópolis, 2005.

Turno	Líquido VO		Total
	Sim	Não	
22h-4h (noturno)	7 41.2% 20.0%	10 58.8% 47.6%	17 30.4%
5h-21h (diurno)	28 71.8% 80.0%	11 28.2% 52.4%	39 69.6%
Total	35 62.5%	21 37.5%	56

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05



Tabela 7 - Recebimento de Líquido VO conforme turno de admissão referente ao grupo: 6 cm de dilatação ou mais. Florianópolis, 2005.

Turno	Líquido VO		Total
	Sim	Não	
22h-4h (noturno)	----- ----- -----	9 100.0% 60.0%	9 47.4%
5h-21h (diurno)	4 40.0% 100.0%	6 60.0% 40.0%	10 52.6%
Total	4 21.1%	15 78.9%	19

FONTE: Maternidade HU – UFSC de 12/04/05 à 10/05/05

No grupo de dilatação do colo uterino até 5cm, 41.2% das mulheres receberam dieta líquida quando admitidas no período noturno ( entre 22h e 4h ). Comparado ao período diurno, 71.8% dessas mulheres receberam líquido VO. Enquanto no grupo acima de 6cm nenhuma parturiente recebeu líquido se internada em período noturno, sendo que as admitidas em período diurno 40% recebeu dieta líquida.

## 5. DISCUSSÃO

Segundo o Ministério da Saúde, o trabalho de parto deve ser abordado com ética profissional. O respeito à privacidade e à intimidade da parturiente devem ser obedecidos com rigor no manejo do parto.<sup>11</sup>

Das 80 parturientes, avaliadas no presente estudo, 57.5% referiram que o respeito pela sua privacidade na admissão da Maternidade do HU – UFSC foi ótimo, enquanto 42.5% referiram ter sido bom esse atendimento, ou seja 100% delas referiram ter sido “bom” ou “ótimo”. Nenhuma delas referiu que esse atendimento foi “regular”, “ruim” ou “péssimo”. Portanto, pode-se afirmar categoricamente que, quanto ao quesito privacidade na admissão, o Hospital Universitário de Florianópolis alcançou uma das metas humanizadoras das recomendações da Organização Mundial de Saúde.

Não foi encontrado estudo na literatura que pudesse ser citado em comparação com os dados referentes ao respeito pela privacidade da gestante na admissão.

No entanto, muitos estudos remetem ao tema do acompanhante familiar durante o parto. Essa nova figura trouxe reflexos positivos e benefícios claros, sendo atribuído a este fator um aumento da satisfação da mulher em relação ao seu parto. Além de promover reduções de intervenções médicas, sendo procedimento simples e de baixo custo.<sup>12, 13, 14, 15.</sup>

A Câmara dos Deputados aprovou no dia 10/03/2005 projeto de lei, de autoria da senadora Ideli Salvatti, que garante às gestantes o direito à presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Não seria de se supor que o HU, sendo precursor dessa lei, não tivesse fornecido as suas clientes esse direito.<sup>16</sup>

Em um estudo descritivo, foi verificado um percentual de 78,9% de acompanhantes junto com as parturientes.<sup>17</sup> Em nosso, serviço foi bastante semelhante: 78,8% no período em estudo.

Dentre as mulheres que constam como: ausência de acompanhantes estão aquelas que não possuíam acompanhantes; as que não quiseram acompanhantes; as que o acompanhante não chegou a tempo ou não possuíam controle para participar do parto e apenas uma que não foi informada que possuía direito à escolha de acompanhante. Não sendo o objetivo dessa pesquisa quantificar cada caso descrito acima.

Quanto ao recebimento de líquido via oral ou refeição líquida, notamos que algumas variáveis interferiam no seu oferecimento, por exemplo: tempo de permanência no Centro Obstétrico, dilatação do colo do útero no momento da admissão e turno de admissão. É fácil de compreender que quanto mais tempo permanecessem no CO mais aumentaria a possibilidade de ser oferecido líquido para as parturientes. Todas as mulheres que permaneceram mais de 20 horas em trabalho de parto no CO receberam refeição líquida. Entre 16 e 20 horas 50% delas receberam, aumentando o número de gestantes sem receber líquido durante o trabalho de parto. Sendo que o tempo médio de permanência das que receberam líquido foi de 12 horas enquanto as que não receberam líquido foi de 4.77 horas. **Essa diferença teve significância estatística ( $p < 0.01$ ).**

Como a dilatação do colo influencia da mesma forma que o número de horas, sabendo-se que no CO do HU não é oferecido líquido para parturientes com mais de 6cm de dilatação, dividimos as mulheres em dois grupos até 5cm e mais de 6cm de dilatação do colo no momento da admissão. Comparamos com o período em que foram internadas, se entre 22 horas e 4 horas ou se entre 4 horas e 22 horas. Encontramos no grupo de menor dilatação um menor número de mulheres que receberam líquido (41.2%) quando admitidas no período noturno 41.2% comparadas com aquelas que foram internadas no período diurno (71.8%). No grupo com 6cm ou mais de dilatação, nenhuma parturiente recebeu líquido se internada no período noturno enquanto 40% recebeu líquido no período diurno. **Esses resultados foram estatisticamente significativos ( $p < 0.05$ ) para dilatação até 5cm.**

Quanto ao suporte emocional, 67.1% das mulheres acharam ótimo este atendimento, 30,4% acharam bom, 1,3% responderam que este atendimento foi regular e 1.3% entenderam que foi péssimo. Entre “bom” e “ótimo” somaram 97.5% de satisfação com o suporte emocional. O apoio empático da equipe que atende o parto é fundamental para a satisfação da mulher em relação ao seu parto, sendo também medida simples e de baixo custo.<sup>12, 13, 15, 18.</sup>

Outro aspecto ligado à humanização do parto e também à satisfação das mulheres é o quanto de informação a respeito do seu parto elas receberam.<sup>13</sup> No HU 96,3% receberam todas as informações de que precisavam, segundo as parturientes. Das mulheres que referiram não terem recebido todas as informações necessárias estão: Cíntia que não foi informada quanto a vontade de evacuar que as mulheres sentem quando o períneo distende próximo da expulsão do bebê, querendo nascer; Júlia por sua vez não compreendeu o porquê de sua indução, ela possuía oligodrâmnio severo e não foi explicado quais os problemas e porque não

poderia esperar mais uma semana para ganhar sendo que sua idade gestacional pelo USG era de 39 semanas e 1 dia.

Conforme o Ministério da Saúde, a parturiente não deve ser obrigada a permanecer no leito, podendo mudar de posição conforme sua vontade.<sup>11</sup> Nem todas tiveram liberdade de posição e de movimentação durante o trabalho de parto, isso em decorrência de medicalização, segundo uma das parturientes que recebeu analgesia. Não se aplicando às parturientes que não tiveram tempo suficiente para movimentação e mudança de posição, pois chegaram no segundo período do trabalho de parto, ou aquelas com pressão arterial elevada. Apenas 95.9% delas tiveram liberdade de posição e movimentação.

Auxílios para controle da dor por meios não invasivos e não farmacológicos no HU, seriam: massagens, duchas quentes e técnicas de relaxamento. Verificamos que 88.6% das mulheres foram auxiliadas para controle da dor. Deambulação, posição não deitada, e exercícios respiratórios também são citados como maneiras de aliviar a dor.<sup>11</sup> As medidas ou técnicas como o uso do calor ou do frio superficiais, acupuntura, musicoterapia, cromoterapia, imersão em água, ervas e aromaterapia com óleos perfumados, ainda não possuem estudos para estabelecer sua efetividade.<sup>11</sup>

Embora os métodos não farmacológicos para alívio da dor possuam algumas limitações, apresentam vantagens como: parturientes menos ansiosas e mais cooperativas; redução do consumo de analgésicos sistêmicos; postergação no início de técnicas regionais de analgesia; colaboração ativa da parturiente e maior do acompanhante.<sup>11</sup>

Já o monitoramento emocional da mulher foi de 95%, apenas uma mulher (1.3%) referiu não ter sido questionada quanto as suas emoções e por isso o limite inferior do intervalo de confiança cai para 91.2%, portanto, abaixo de 95% de prevalência com erro amostral de + ou - 2%.

O monitoramento materno foi considerado como a verificação da pressão arterial e da temperatura, durante o primeiro período do trabalho de parto. Tanto o monitoramento físico da mulher, quanto o do feto por sonar, foi de 100%. Mesmo a gestação de baixo risco não prescinde do controle periódico do BCF (batimento cardíaco fetal).<sup>11</sup>

Ortiz encontrou um índice de 44.1% de episiotomia entre o período de 1996 até janeiro de 1998, no HU- UFSC. Citando Carroli e col., Ortiz diz que um índice de episiotomia acima de 40% é inaceitável.<sup>19</sup>

Uma revisão sistemática da Biblioteca Cochrane, revela que a episiotomia de rotina foi aplicada em 72.7% e a de uso restrito (aquelas em que há indicação precisa) foi aplicada em 27.6% das mulheres avaliadas. Em Itapeceira – SP o índice de episiotomia de uso restritivo é de 26.5% num estudo em 2004.<sup>13</sup> Portanto, o índice de episiotomias no HU de 20% no período estudado pode ser considerado de uso restrito. Estando o HU dentro do padrão estabelecido pelo manual da OMS de 1996, onde diz que o uso rotineiro ou liberal da episiotomia seria uma prática claramente prejudicial ou ineficaz e deveria ser eliminada.<sup>4, 20.</sup>

O manual da OMS de 1996 também acrescenta situações especiais que a episiotomia deveria ser realizada. A revisão de Carroli, dentre outros autores, em 2000 sobre episiotomia, concluiu que é clara a evidência para se recomendar a episiotomia de uso restrito.<sup>4, 5, 11, 20.</sup> A era da episiotomia de rotina está acabando,<sup>21</sup> estudos têm demonstrado sua redução,<sup>10, 22.</sup> e também evidências para se abolir a episiotomia de rotina.<sup>4, 5, 20.</sup>

Foram submetidas ao procedimento de episiotomia 20% das parturientes, 80% tendo seu parto vaginal sem episiotomia no presente estudo. Estando dentro dos padrões aceitáveis, portanto.

Das 17 parturientes, as quais foram indicadas à episiotomia: 11 não tiveram direito a opinião e 5 foram informadas e consentiram com o procedimento. Apenas uma parturiente foi informada e não consentiu, não sendo realizada a episiotomia, pois sua vontade foi respeitada. Significando um total de 83.3% que informadas aceitaram o procedimento. Não foi alcançado o objetivo com a variável: opinião da mulher sobre a episiotomia, muito poucas (35.5%) foram informadas sobre o procedimento a ser realizado e questionadas a respeito dele.

Masukawa e Rita (1986), em sua análise da posição materna durante o parto, já sugerem que a posição vertical traria maiores benefícios para o período dilatação, sendo que a maioria dos autores revisados por eles não recomenda o decúbito dorsal para o período expulsivo.<sup>23</sup> A OMS (1996), no seu guia prático de Assistência ao Parto Normal, recomenda que a mulher deve escolher a posição que melhor lhe agrada no segundo período do trabalho de parto, desde que evite longos períodos em decúbito dorsal.<sup>11</sup> Santos e Siebert (2001), analisaram as posições dos partos desde a fundação da Maternidade do HU - UFSC em 1995 até o ano de 1999, observaram que as posições verticais têm se tornado cada vez mais frequentes no decorrer dos anos, porém não ultrapassando 38.0% do total dos partos normais.<sup>10</sup> De 1999 para 2005 ocorreu um verdadeiro salto na porcentagem dos partos verticais indo para 92.4% (entre as posições sentada e cócoras), ou seja, quase a totalidade dos partos normais se dão no

HU atualmente em posições verticais. A posição cócoras foi adotada em 78.5% dos partos normais em nosso estudo, sentada foi de 13.9% e deitada foi de 7.6%. Dessas, 94.8% foram encorajadas a posição não deitada, sendo que o limite inferior do IC foi de 87.2%.

Para o sucesso do aleitamento materno, foram instituídos dez passos pela OMS em conjunto com a UNICEF, e como estratégia para a implantação desses dez passos foi formulado a iniciativa “Hospital Amigo da Criança”. Dentre os dez passos está o item 4 que refere-se ao incentivo ao início da amamentação na primeira hora após o nascimento do bebê.

<sup>24</sup> Em um estudo, <sup>25</sup> a prática de colocar o RN junto com a mãe logo após o parto e permitir a amamentação na sala de parto (passo 4), não foi encontrado em nenhum dos hospitais públicos ou privados estudados. Nesse estudo, o contato precoce das mães com o RN quando sem intercorrência foi de 97.1% e o estímulo à amamentação na primeira hora foi de 90.0%, sendo que o limite inferior para os intervalos de confiança dessas duas variáveis foram respectivamente 90.1% e 80.5%. Portanto, amamentação na primeira hora está abaixo das expectativas para maternidades humanizadas. O contato precoce com o recém nascido e a amamentação na primeira hora só foi quantificado nos casos em que o bebê esteve bem no pós-parto imediato.

Os itens privacidade no momento do parto e respeito pela parturiente receberam 100% de aprovação.

Em decorrência da amostra ser relativamente pequena, o fato de uma ou duas mulheres das oitenta responderem negativamente a alguma das variáveis leva o limite inferior do intervalo de confiança próximo de 90%, estando abaixo do estipulado para ser uma ação humanizadora cumprida. Portanto, quando a prevalência de 95% estiver dentro do intervalo de confiança vamos dizer que seria aceitável, podendo quem sabe melhorar; aquelas que a prevalência de 95% for maior inclusive ao limite superior seria muito ruim ou inaceitável; e as que o limite inferior for maior que 95% estaria dentro do adequado para a humanização do parto.

1. Ações alcançadas:

- ☐ Privacidade na admissão e no parto;
- ☐ Respeito pela parturiente;
- ☐ Monitoramento físico da mulher;
- ☐ Monitoramento do feto por sonar.

2. Ações que podem melhorar:

- ☐ Direito a acompanhante;
- ☐ Suporte emocional;
- ☐ Informação sobre o parto;
- ☐ Liberdade de posição e movimentação;
- ☐ Monitoramento emocional da mulher;
- ☐ Encorajamento a posição não supina;
- ☐ Contato precoce com o RN e amamentação na primeira hora.

3. Ações não cumpridas:

- ☐ Oferecimento de líquido via oral;
- ☐ Auxílio no controle da dor;
- ☐ Direito á opinião sobre episiotomia;
- ☐ Ser chamada (a parturiente) pelo seu nome próprio.

O parto no HU - UFSC é muito bem visto pela maioria das mulheres. Algumas dirigem-se para a nossa maternidade a fim de receberem os cuidados descritos acima e principalmente em busca do parto de cócoras, um diferencial da maternidade do HU - UFSC. São estas pequenas ações, de baixo custo e fáceis de serem implantadas em qualquer serviço: afeto, compaixão e empatia, que trazem maior alegria e satisfação durante o parto tornando-o mais prazeroso, tranquilo e feliz: humanizado.

## **6. CONCLUSÃO**

Através desse estudo verificamos que a Maternidade do Hospital Universitário cumpre as metas do parto humanizado nos itens: privacidade na admissão e no parto, monitoramento físico da mãe e do feto por sonar e respeito com a parturiente. As variáveis: oferecimento de líquido, auxílio no controle da dor, pedir consentimento (opinião) da parturiente quando a episiotomia for indicada e ser chamada pelo seu nome próprio, deixaram a desejar. E quanto as demais ações estudadas seria necessário uma amostra maior para se concluir com rigor o cumprimento das várias metas almejadas e recomendadas pela OMS.



## **7. NORMAS ADOTADAS**

Foram adotadas para a formulação e digitação desse trabalho, a “Normatização para os Trabalhos de Conclusão do Curso de Graduação em Medicina”, resolução nº. 001/2001 aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

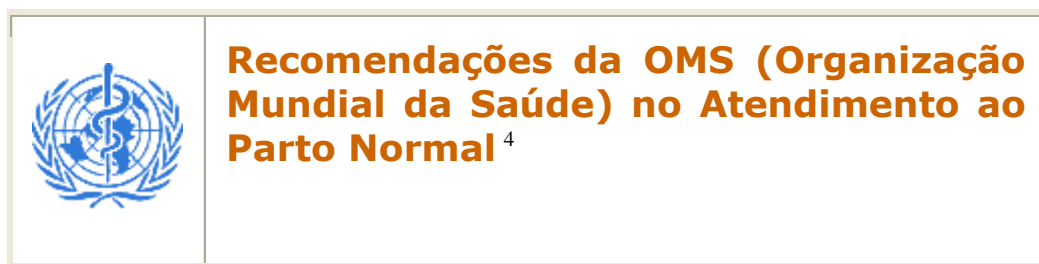
## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Santos VSC dos. Parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000. 230p.
2. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S5-23.
3. Jones RH. As metamorfoses do parto: como o parto passou a ser assunto médico. At:<[www.amigasdoparto.com.br/ac002.html](http://www.amigasdoparto.com.br/ac002.html)>
4. World Health Organization. Appropriate technology to birth and delivery. Seminar on birth and delivery in the State of São Paulo: Restabilishing Quality of Care and Birth and Delivery, 1996 (in Portuguese)
5. Diniz SG, Chacham AS. "The cut above" and "the cut below": the abuse of caesareans and episiotomy in Sao Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 2004 May;12(23):100-10. Review.
6. Umenai T, Wagner M, Page LA, Faúndes A, Rattener D, Dias MA, et al. Agreement on the definition of humanization and humanized care. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S3-4.
7. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S25-37. Review.
8. Umenai T. Forewords of the International Conference on the Humanization of Childbirth held on 2-4 November 2000, in Fortaleza, Ceará, Brazil. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S1-2.
9. Tornquist CS. The paradoxes of humanized childbirth care in a public maternity ward in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003;19 Suppl 2:S419-27. Epub 2004 Mar 8. Portuguese.
10. Santos OM, Siebert ER. The humanization of birth experience at the University of Santa Catarina maternity hospital. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001 Nov;75 Suppl 1:S73-9.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde/ FEBRASGO, 2001.

12. Boaretto MC. Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município de Rio de Janeiro. Tese de Mestrado. RJ; s.n; 2003 (150)p. Tab.
13. Domingues RMSM, Santos EM dos, Leal M doC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. Caderno de Saúde Pública; 20 (supl1):S52-S62, 2004.tab
14. Pinto CM de S. Acompanhante no parto: atividades desenvolvidas e avaliação da experiência. REME Revist. Min. Enferm; 7(1): 41-47, jan-jul.2003.tab.graf.
15. Domingues RMSM. Acompanhantes familiares na assistência ao parto normal: a experiência da Maternidade Leila Diniz. Tese de Mestrado. RJ.s.n;2002 (220)p. tab.
16. Assessoria de Imprensa, 11/03/2005.
17. Schneck CA. Intervenções obstétricas no centro de parto normal no hospital de Itapecerica da Serra SECONSI-OSS: estudo descritivo. Tese de Mestrado. USP-Biblioteca de Enferm. SP;2004.119p
18. Fustinoni SM. As necessidades de cuidado da parturiente: uma perspectiva compreensiva da ação social. Tese de Doutorado. São Paulo; s.n; 2000.116p.
19. Ortiz EE. Episiotomia e laceração perineal no parto vertical [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina,1998. 45p.
20. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Library: Cochrane Database Syst. Review. Issue4, 2000.
21. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obst Gynec Clin North Am. 2005, Jun; 32 (2): 30-21.
22. Clemons JL, Towers GD, Mc Clure GB, O'Boyle AL. Decreased anal sphincter lacerationsassociated with restrictive episiotomy use. Am J Obst Gynecology, 2005 May; 192 (5): 1620 – 5.
23. Masukawa II, Rita RR. Análise crítica da posição materna durante o parto.Monografia. Florianópolis,1986.
24. Organização Mundial de Saúde. Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno: o papel especial dos serviços materno- infantis. Declaração conjunta OMS/ UNICEF. Genebra;1989.
25. Toma ST, Monteiro CA. Avaliação da promoção do aleitamento materno nas maternidades públicas e privadas do Município de São Paulo. Ver Saúde Pública 2001.

## 9. ANEXOS

### Anexo 1



A) Condutas que são claramente úteis e que deveriam ser encorajadas:

1. Plano individual determinando onde e por quem o parto será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação, e comunicado a seu marido/companheiro e, se aplicável, a sua família.
2. Avaliar os fatores de risco da gravidez durante o cuidado pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde e no momento do primeiro contato com o prestador de serviços durante o trabalho de parto e parto.
3. Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher ao longo do trabalho de parto e parto, assim como ao término do processo do nascimento.
4. Oferecer líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto.
5. Respeitar a escolha da mãe sobre o local do parto, após ter recebido informações.
6. Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante.
7. Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto.
8. Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto.
9. Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante durante o trabalho de parto e parto.
10. Oferecer às mulheres todas as informações e explicações que desejarem.
11. Não utilizar métodos invasivos nem métodos farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto e parto e sim métodos como massagem e técnicas de

relaxamento.

12. Fazer monitorização fetal com ausculta intermitente.
13. Usar materiais descartáveis ou realizar desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis ao longo do trabalho de parto e parto.
14. Usar luvas no exame vaginal, durante o nascimento do bebê e na dequitação da placenta.
15. Liberdade de posição e movimento durante o trabalho do parto.
16. Estímulo a posições não supinas (deitadas) durante o trabalho de parto e parto.
17. Monitorar cuidadosamente o progresso do trabalho do parto, por exemplo pelo uso do partograma da OMS.
18. Utilizar ocitocina profilática na terceira fase do trabalho de parto em mulheres com um risco de hemorragia pós-parto, ou que correm perigo em consequência de uma pequena perda de sangue.
19. Esterilizar adequadamente o corte do cordão.
20. Prevenir hipotermia do bebê.
21. Realizar precocemente contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da OMS sobre o aleitamento materno.
22. Examinar rotineiramente a placenta e as membranas.

B) Condutas claramente prejudiciais ou ineficazes e que deveriam ser eliminadas

1. Uso rotineiro de enema.
2. Uso rotineiro de raspagem dos pelos púbicos.
3. Infusão intravenosa rotineira em trabalho de parto.
4. Inserção profilática rotineira de cânula intravenosa.
5. Uso rotineiro da posição supina durante o trabalho de parto.
6. Exame retal.
7. Uso de pelvimetria radiográfica.
8. Administração de ocitócicos a qualquer hora antes do parto de tal modo que o efeito delas não possa ser controlado.
9. Uso rotineiro da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho

de parto e parto.

10. Esforços de puxo prolongados e dirigidos (manobra de Valsalva) durante o período expulsivo.
11. Massagens ou distensão do períneo durante o parto.
12. Uso de tabletes orais de ergometrina na dequitação para prevenir ou controlar hemorragias.
13. Uso rotineiro de ergometrina parenteral na dequitação.
14. Lavagem rotineira do útero depois do parto. Revisão rotineira (exploração manual) do útero depois do parto.

#### C) Condutas freqüentemente utilizadas de forma inapropriadas

1. Método não farmacológico de alívio da dor durante o trabalho de parto, como ervas, imersão em água e estimulação nervosa.
2. Uso rotineiro de amniotomia precoce (romper a bolsa d'água) durante o início do trabalho de parto.
3. Pressão no fundo uterino durante o trabalho de parto e parto.
4. Manobras relacionadas à proteção ao períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto.
5. Manipulação ativa do feto no momento de nascimento.
6. Utilização de ocitocina rotineira, tração controlada do cordão ou combinação de ambas durante a dequitação.
7. Clampeamento precoce do cordão umbilical. Estimulação do mamilo para aumentar contrações uterinas durante a dequitação.

#### D) Condutas freqüentemente utilizadas de modo inadequado

1. Restrição de comida e líquidos durante o trabalho de parto.
2. Controle da dor por agentes sistêmicos.
3. Controle da dor através de analgesia peridural.
4. Monitoramento eletrônico fetal .
5. Utilização de máscaras e aventais estéreis durante o atendimento ao parto.
6. Exames vaginais freqüentes e repetidos especialmente por mais de um

prestador de serviços.

7. Correção da dinâmica com a utilização de ocitocina.
8. Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto.
9. Cateterização da bexiga.
10. Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a própria mulher sinta o puxo involuntário.
11. Adesão rígida a uma duração estipulada do segundo estágio do trabalho de parto, como por exemplo uma hora, se as condições maternas e do feto forem boas e se houver progresso do trabalho de parto.
12. Parto operatório (cesariana).
13. Uso liberal ou rotineiro de episiotomia. Exploração manual do útero depois do parto.

Essa tabela de recomendações é a "parte 5" do Manual de Parto Humanizado do Projeto Luz - JICA

## Anexo 2

### O Parto Humanizado na Internet.

Dos muitos sites relacionados ao assunto, alguns são dignos de serem citados por seus autores e conteúdos, muito explicativos e com depoimentos valiosos. Dentre eles está Simone G. Diniz, nome muito conhecido quando se fala em temas como episiotomias e cesareanas pela sua postura pela humanização e muitos outros artigos publicados, tem sua tese de doutorado publicada na internet para proveito da educação popular. (Diniz 2001)

Outros como [partohumanizado.blogspot.com.br](http://partohumanizado.blogspot.com.br), [xôepisio.blogspot.com.br](http://xôepisio.blogspot.com.br), [amigasdoparto.com.br](http://amigasdoparto.com.br), também fazer a sua parte ensinando e divulgando que as mulheres devem ter o direito de optar pelo parto que elas desejam. (Referenciar os sites)

A ReHuNa (Rede pela Humanização do Parto e Nascimento) lançou em 2003 a Campanha Nacional pela Abolição da Episiotomia de Rotina..

Cochrane - Órgão ligado a Organização Mundial da Saúde, que promove a medicina baseada em evidências através da publicação de metanálises de trabalhos científicos, de modo a oferecer aos profissionais e ao público em geral, as alternativas de tratamento e procedimentos possíveis. O site geral é [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) e sessão de gestação e parto tem uma série de resumos em inglês: no [www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g010index.htm](http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/g010index.htm) não tão fácil de ser compreendido pelas clientes, mais voltado para o mundo científico.



### Anexo 3

Quadro1 – Os dose pontos dos modelos: tecnocrático, humanístico e holístico.

	Modelo Tecnocrático	Modelo Humanístico	Modelo Holístico
1	Mente/corpo separados	Mente – corpo conectados	Unidade corpo-mente-espírito
2	Corpo = máquina	Corpo = organismo	Corpo = sistema de enegia conectado com outros sistemas de energia
3	Paciente = objeto	Paciente = indivíduos	Pessoa = contexto de vida
4	Alienação entre médico e paciente	Conecção entre médico e paciente	Unidade entre médico e cliente
5	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro	Diagnóstico e tratamento de fora para dentro e de dentro para fora	Diagnóstico e tratamento de dentro para fora
6	Organização hierárquica e cuidado estandartizado	Balanço entre necessidade da instituição e do indivíduo	Estrutura organizacional que facilite a individualização do cuidado
7	Autoridade e responsabilidade inerente ao médico	Informação, decisão e responsabilidades divididas entre o médico e o paciente	Autoridade e responsabilidade inerente em cada individuo
8	Supervalorização da ciência e da tecnologia	Ciência e tecnologia contrabalanceados com a humanização	Ciência e tecnologia a serviço do indivíduo
9	Intervenção agressiva com ênfase nos resultados a curto prazo	Focado na prevenção da doença	Focado na criação e manutenção da saúde e bem estar a longo prazo
10	Morte = defeito	Morte = consequência aceitável	Morte = passo no processo
11	Sistema dirigido ao lucro	Cura guiada pela compaixão	Cura como foco
12	Intolerância a outras modalidades Princípio – separação Pensamento – unimodal, linear, cérebro esquerdo	Aberto para outras modalidades Princípio – balanço e conexão Pensamento - bimodal	Enlaço de múltiplas modalidades Princípio – conexão e integração Pensamento – fluido, multimodal, cérebro direito

FONTE: Davis-Floyd. The tecnocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth.

## Anexo 4

### **FILOSOFIA DA MATERNIDADE DO HU**

Na Maternidade do HU acredita-se que em se prestando assistência se ensina;

- ❖ é direito de toda mulher - recém nascido (RN) - família, no processo de gravidez, parto e puerpério, receber atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, segundo Carter, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais;
- ❖ a atenção à saúde da mulher visa o ciclo grávido-puerperal, considerando a gravidez como processo e não como um evento,
- ❖ a atenção à saúde da mãe, RN e família na gravidez, parto e puerpério, se considera a importância do papel do pai, sua presença e participação;
- ❖ o sistema de alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços mãe-RN-família, favorecendo a vinculação afetiva, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e a educação para a saúde dos elementos mencionados;
- ❖ a equipe interdisciplinar que presta assistência à mulher-RN-família deve atuar de forma integrada, visando um atendimento adequado, segundo Carter;
- ❖ as atividades de ensino, pesquisa e extensão realizadas pela equipe interdisciplinar ligadas à saúde da mulher-RN-família, devem refletir atitudes de respeito ao ser humano e reverter em benefício de uma melhor assistência;
- ❖ a equipe deve exercer um papel atuante na educação da mulher/acompanhante/ e grupo familiar, com vistas ao preparo e adaptação ao aleitamento materno, desenvolvimento da confiança e capacidade de cuidar do filho, execução de cuidados básicos de saúde e planejamento familiar;
- ❖ todo pessoal deve ter qualificação da assistência a que tem direito a mãe-RN e a família;
- ❖ a parturiente não deixará de ser assistida por quaisquer problemas burocráticos. Ou as rotinas terão flexibilidade suficiente para todas e quaisquer exceções, ou serão adaptadas após a geração do fato;
- ❖ o desenvolvimento de atividades será de forma integrada quanto às unidades que operam na maternidade, ou com ela se relacionem;
- ❖ a mulher deve permanecer internada o tempo suficiente para que sejam atendidas suas necessidades assistenciais e de educação em saúde

**Anexo 5****Questionário: Parto Humanizado no HU****Nome** \_\_\_\_\_**Idade** \_\_\_\_\_ **anos**    **N.º do Prontuário** \_\_\_\_\_**Data e hora admissão** \_\_\_\_\_; **Dilatação do colo admissão** \_\_\_\_\_ **cm****Data e hora parto** \_\_\_\_\_

1) Quanto ao respeito por sua privacidade na admissão.

☐ Ótimo                      ☐ Bom                      ☐ Regular                      ☐ Ruim                      ☐ Péssimo

2) Você teve direito à escolha do acompanhante?

☐ Sim                      ☐ Não

3) Você teve acompanhante?

☐ Sim                      ☐ Não

4) Foi oferecido líquidos via oral durante o trabalho de parto?

☐ Sim                      ☐ Não                      ☐ Não se aplica

5) Quanto ao suporte emocional

☐ Ótimo                      ☐ Bom                      ☐ Regular                      ☐ Ruim                      ☐ Péssimo

6) Foi prestada informação sempre que necessário?

☐ Sim                      ☐ Não

7) Teve episiotomia?

☐ Sim                      ☐ Não

8) Se sim, teve direito à opinião sobre a episiotomia?

☐ Sim                      ☐ Não

9) Foi encorajada à posição não deitada?

☐ Sim                      ☐ Não

10) Seu parto foi em qual posição?

☐ Sentada                      ☐ Deitada                      ☐ Cócoras

11) Teve liberdade de posição e movimento?

☐ Sim                      ☐ Não                      ☐ Não se aplica

12) Teve auxílio para controle da dor por meios não invasivos, não farmacológicos (massagens, banho, técnicas de relaxamento, etc)...

☐ Sim                      ☐ Não                      ☐ Não se aplica

13) Monitoramento do bem-estar físico da mulher;

☐ Sim            ☐ Não            ☐ Não se aplica

14) Monitoramento do bem-estar emocional da mulher;

☐ Sim            ☐ Não            ☐ Não se aplica

15) Monitoramento fetal, por ausculta intermitente do BCF?

☐ Sim            ☐ Não            ☐ Não se aplica

16) Teve contato com o bebê logo que nasceu? (Não se aplica se houve intercorrências com o RN)

☐ Sim            ☐ Não            ☐ Não se aplica

17) Foi estimulada à amamentação na primeira hora?

☐ Sim            ☐ Não            ☐ Não se aplica

18) Você foi respeitada pela equipe médica e de enfermagem?

☐ Sim            ☐ Não

19) Você foi chamada pelo seu nome?

☐ Sempre            ☐ Quase sempre            ☐ Raramente            ☐ Nunca

20) Você achou que teve privacidade (que foi exposta somente o necessário)?

☐ Sim            ☐ Não

## Anexo 6

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: Parto Normal Humanizado no HU

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof. Ricardo Nascimento

PESQUISADOR PRINCIPAL: Lucíola Celestino Ribeiro Ferrari

LOCAL A PARTIR DO QUAL PESQUISA SERÁ CONDUZIDA: Hospital Universitário de Florianópolis

DATA DE INÍCIO DA COLETA DE DADOS: A partir da aprovação do CEP

JUSTIFICATIVA: Avaliar como estão sendo conduzidos os partos normais no HU baseado nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sendo possível analisar o serviço e melhorar o atendimento. Busca-se através dessa pesquisa alcançar maiores graus de satisfação por parte das gestantes que se encaminham ao HU em busca de qualidade e segurança no momento do parto. Para tanto, dispõe-se de um protocolo para coleta dos dados necessários para esta pesquisa.

RISCO: Não há riscos.

BENEFÍCIOS: Ao participante (puérpera há no máximo 48h), respondendo a pesquisa estará contribuindo para a melhoria do serviço para a sua comunidade e quem sabe par ela própria numa próxima gestação e parto. À comunidade científica haverá informações atuais da maneira como se procede dentro do HU.

LIBERDADE DE INCLUSÃO OU EXCLUSÃO: Cabe ao participante o livre arbítrio de querer participar ou não da pesquisa a ser realizada, sem qualquer forma de penalização. Será dado por ocasião da entrevista e aceitação da participação na mesma telefone e e-mail do pesquisador principal com quem estará sendo guardada as informações colhidas. A entrevistada poderá a qualquer momento abortar da pesquisa suas informações, sendo mantida dessa forma a autonomia sobre seus dados.

Em caso de desistência, basta entrar em contato com o pesquisador principal (Lucíola C. R. Ferrari, por telefone: 48-8403-5812 ou e-mail: [luciolaferriari@pop.com.br](mailto:luciolaferriari@pop.com.br))

SIGILO: Não será revelado o nome das entrevistadas Será garantido ao participante sigilo de seus dados fornecidos, sendo apenas divulgados os resultados e conclusões da pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_, por consentimento voluntário, informado, livre e esclarecido aceito participar da pesquisa através do questionário **“Parto Normal Humanizado no HU”**

---

Florianópolis, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.